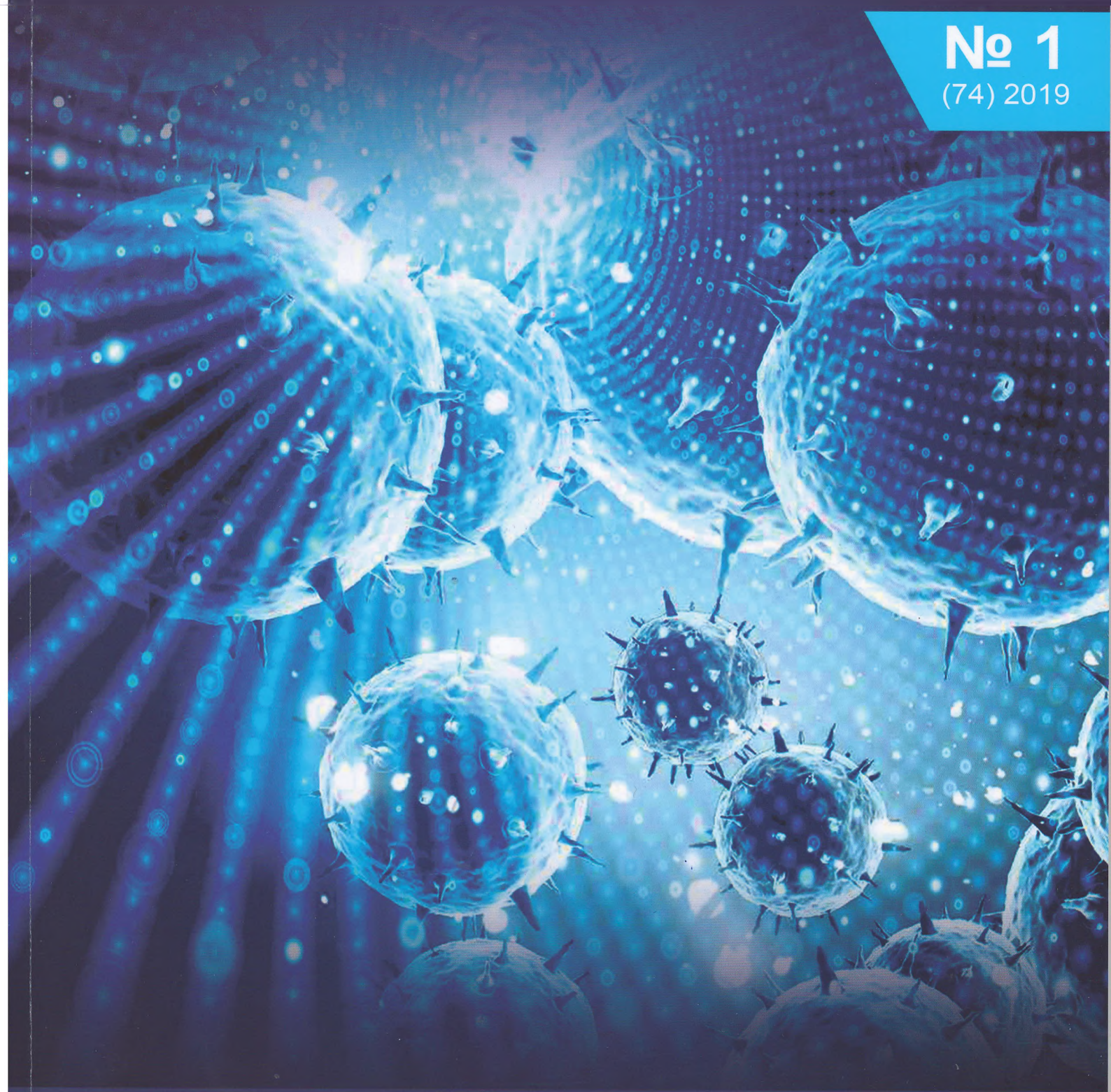


STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 1
(74) 2019



К диагностике
и лечению
кератокист
челюстных
костей

The role of studying
local immunity
in children with
congenital cleft
lip and palate

Балогат ёшидаги
қизларда сурункали
тонзиллитни
комплекс даволашни
такомиллаштириш

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ
Современные представления о комплексном лечении детей с врождёнными расщелинами верхней губы и неба после уранопластики <i>Икрамов Г.А., Кулдашев А.А.</i>
Альвеолопластика при врожденной расщелине губы и неба <i>Юлдашев А.А., Назарова Н.А.</i>
The role of studying local immunity in children with congenital cleft lip and palate <i>Amanullaev R.A., Ikramov G.A., Shomurodov E.T.</i>
Современные подходы к лечению эксфолиативного хейлитиса <i>Астанакулова М.М., Бекжанова О.Е.</i>
Современное состояние профилактики стоматологической заболеваемости <i>Нармахматов Б.Т., Жилонов А.А., Исаков Э.З.</i>
Болаларда тиш-жағ тизими нуқсонлари ва соматик касалликлар орасида боғлиқликнинг илмий асослари <i>Олимов С.Ш., Гаффаров С.А.</i>
Паркинсонизм: таснифи, клиникаси ва медикаментоз даволаш асослари <i>Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев Қ.К., Абдуллаева М.Б.</i>
Рентгенодиагностика как современный метод диагностики в стоматологии <i>Ризаев Ж.А., Васильев А.Ю., Гайбуллаев Э.А.</i>
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
Балогат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни комплекс даволашни такомиллаштириш <i>Карабаев Х.Э., Алимжонова К.Х.</i>
Оценка эффективности местного аэрозольного антибиотика при лечении обострения хронического гайморита <i>Шамсиев Д.Ф., Исмоилов И.И., Чакканова М.Б., Каримов О.М., Соатов С.М.</i>
Основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями орорфарингеальной области в республике Узбекистан <i>Ганиев А.А., Абдикхакимов А.Н., Халматова М.А., Абдурахмонов С.З.</i>
Изучение антимикробной активности некоторых лекарственных препаратов и ультразвука <i>Махсумова И.Ш., Мухамедов И.М., Махсумова С.С.</i>
Течение стоматологических заболеваний у беременных женщин на фоне дефицитной анемии <i>Косимов М., Вохидов А.В., Бурхонов С.Б.</i>
ИНФОРМАЦИЯ
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

REVIEWS	
Modern ideas about the complex treatment of children with congenital clefts of the upper lip and palate after uranoplasty <i>Ikramov G.A., Kuldashiev A.A.</i>	40
Alveoloplasty with congenital cleft lip and palate <i>Yuldashev A.A., Nazarova N.A.</i>	44
The role of studying local immunity in children with congenital cleft lip and palate <i>Amanullaev R.A., Ikramov G.A., Shomurodov E.T.</i>	49
Current approaches to the treatment of exfoliative cheilitis <i>Astanakulova M.M., Bekzhanova O.E.</i>	52
The current state of the prevention of dental morbidity <i>Narmakhmatov B.T., Zhilonov A.A., Isakov E.Z.</i>	57
The scientific basis of the link between teeth-jaw disorders and somatic diseases in children <i>Olimov, S.Sh., Gafforov S.A.</i>	60
Parkinsonism: classification, clinic and basics of medical practice <i>Rizaev JA, Raimova M. M., Boboev Q.K., Abdullaeva M.B.</i>	64
Diagnostics and stomatology of radiodiagnostic method <i>Rizaev J.A., Vasilev A.Y., Gaybullaev E.A.</i>	67
PROBLEMS OF RELATED SPECIALTIES	
Improvement of complex treatment of chronic tonsillitis in girls of the Balogat age <i>Karabaev X.E., Alimjonova K.X.</i>	72
Evaluation of the effectiveness of local aerosol antibiotic in the treatment of exacerbation of chronic antritis <i>Shamsiev D.F., Ismoilov I.I., Chakkanova M.B., Karimov O.M., Soatov S.M.</i>	75
The main indicators of the incidence of malignant neoplasms of the oropharyngeal region in the Republic of Uzbekistan <i>Ganiev A.A., Abdikhakimov A.N., Khalmatova M.A., Abdurahmonov S.Z.</i>	78
Study of the antimicrobial activity of certain drugs and ultrasound <i>Makhsumova I.Sh., Mukhamedov I.M., Makhsumova S.S.</i>	82
The course of dental diseases in pregnant women against the background of deficiency anemia <i>Kosimov M., Vohidov A.V., Burkhonov S.B.</i>	84
INFORMATION	
INFORMATION OF AUTHORS	88

действие на большинство микробов и только микробы группы *Pseudomonas* и грибы рода *Candida* оказались слабо чувствительными. Препарат Оксалин проявил свою антибактериальную активность к таким микробам как: стафилококки, клострииды, псевдомонас, протей. Вся остальная флора оказалась слабо чувствительной.

Таблица №2. Показатели чувствительности микробов к действию ультразвука ($M \pm m$), мм

№	Группы микробов	Экспозиция действия в минутах		
		1	2	3
1	<i>Escherichii</i>	0	0	$5,0 \pm 0,1$
2	<i>Candida</i>	0	0	0
3	<i>Staph. Epidermidis</i>	$10,0 \pm 0,2$	$20,0 \pm 0,4$	$30,0 \pm 0,5$
4	<i>Proteus</i>	$10,0 \pm 0,2$	$7,0 \pm 0,1$	$8,0 \pm 0,2$
5	<i>St. aureus</i>	0	0	$5,0 \pm 0,1$
6	<i>Pseudomonas</i>	0	0	0
7	<i>Klebsiella</i>	0	0	0
8	<i>Strept. pyogenes</i>	$3,0 \pm 0,1$	$5,0 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,2$

Примечание: единицы приведены в мм зоны задержки роста микробов

Среди всех изученных лекарственных препаратов наилучшее антибактериальное действие оказал препарат «Кызыл май». Так как к ней оказались чувствительными все штаммы микробов кроме грибов рода *Candida*.

При определении чувствительности микробов к действию ультразвука, нами установлено (таблица №2), что она оказала антибактериальное действие на 3 вида микроба: *Staph. Epidermidis*, *Proteus* и *Str.pyogenes* во всех экспозициях. При экспозиции действия ультразвука в течении 3 минут она оказала, хотя и слабое действие, ещё на 2 вида микроба, это *Escherichii* и *St.aureus*.

На основании этих исследований по изучению антибактериальной активности ультразвука можно констатировать, что ультразвук при прямом воздействии на микробы оказала достоверное действие только на некоторые микробы (*Staph. Epidermidis*, *Proteus*, *Str.pyogenes*, *Escherichii* и *St.aureus*), все остальные микробы оказались резистентными. По всей видимости возможно полагать, что ультразвук оказывает антибактериальное действие косвенным путём то есть при совместном воздействии с лекарственными препаратами.

Таким образом, на основании проведенных микробиологических исследований по изучению антибактериальной активности некоторых лекарственных препаратов и ультразвука, можно сделать следующие выводы:

1. Среди всех лекарственных препаратов изученных по антибактериальным свойствам наиболее эффективным препаратом оказался «Кызыл май», которая с успехом может использоваться при герпетических стоматитах у детей.

2. Изучение антибактериальной активности ультразвука показала, что при прямом воздействии она слабо активна, возможно, ее активность усиливается при комплексном применении с лекарственными препаратами.

Список литературы

1. Мухамедов И.М., Ризаев Ж.А., Даминова Ш.Б., Мухамедова М.С. Стоматология для клиник микробиологии. Ўқув қўлланма. – Тошкент, 2015й.
2. Ризаев Э.А., Бекжанова О.Е. Сопряженность факторов риска развития герпетического стоматита у детей // *Stomatologiya*.-2017. - №1. - С.37-39.
3. Царев В.Н. Местное антимикробное лечение в стоматологии. Учебное пособие. Медицинское информационное агентство Москва 2017 г.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.В.Борисенко. – Киев, 2013. – 632 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.В.Борисенко. – Киев, 2013. – 632 с.
6. Nasser M, Fedorowicz Z, Khoshnevisan M.H, ShahiriTabarestani M. Acyclovir for treating primary herpetic gingivostomatitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2008;(4): CD006700. Withdrawn in: *Cochrane Database Syst Rev* 2016;
7. Chentoufi A.A., Dervillez X., Dasgupta G., Nguyen C. The herpes simplex virus type 1 latency-associated transcript inhibits phenotypic and functional maturation of dendritic cells. *Viral Immunol.* 2012; 25(3): 204-15

УДК: 618.3-06:616.155.194.8-616.31

ТЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ



Косимов М., Вохидов А.В., Бурхонов С.Б.

ГУ РНКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Взаимодействие сопутствующих патологий, а также их влияние на общее здоровье и течение беременности не может не усугубить состояние и стоматологического здоровья беременной женщины. Имеющие место некоторые проблемы связанные с положением в социально-экономической сфере народного хозяйства, не могли бесследно пройти, не отразившись

на качестве здоровья беременных женщин. На период к 2000 годам показатель заболеваемости беременных анемией возрос более чем в 6 раз [Вохидов А.В. 2011], отмечена тенденция к росту заболеваемости болезнями почек и сердечно-сосудистой системы, на более чем 1/3 возросло число беременных, страдающих поздними токсикозами [Абдурахманов Ф.М., 2009, Рустамова М.С., 2014].

Все это существенно повлияло и на показатели стоматологической заболеваемости беременных женщин. Кариозное поражение зубов, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта представляют собой большую социальную проблему и занимают основное место в структуре стоматологической заболеваемости населения, могут существенно повлиять по показателям перинатальной заболеваемости и смертности [Рахматуллоев Ш.Р., Вохидов А.В. 2015].

Цель исследования: изучить зависимость стоматологического здоровья беременных женщин на фоне железодефицитной анемии.

Материалы и методы

Исследования проведены на базе ГУ НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в г. Душанбе. Под нашим наблюдением находились 180 беременных женщин в возрасте 18-42 лет. Обследованные женщины были разделены на 2 группы. За основу распределения обследованных по группам нами были взяты результаты гемограмм.

1-я группа: 150 (83,3%) женщины, беременность которых протекала на фоне железодефицитной анемии уровень $Hb < 104$ г/л, (легкая степень) во всех случаях срок гестации превышал 37 недель, возраст обследованных колебался $25,38 \pm 3,25$ года;

2-я группа: 30 (16,6%) женщины, беременность которых протекала без анемии, срок гестации был в пределах 38—41 неделя, возраст $26,31 \pm 3,45$ года.

За основу диагностики и классификации кариеса зубов был взят протокол ведения больных «Кариес зубов» (2006) и Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10 (коды K02.0-K02.3). Распространенность и интенсивность кариеса зубов оценивали по общепринятой методике (ВОЗ, 2005). Интенсивность кариеса определяли с помощью индекса КПУз.

Результаты и обсуждение

Анализируя обращаемость беременных женщин за стоматологической помощью в зависимости от возраста и срока гестации, установлено, что преимущественно 65 (36,1%) женщин были в возрасте от 20-25 лет, до 20 лет, было 22,2%, число беременных с возрастом 35 лет и старше уменьшается, от 10 до 5,5%.

С возрастанием срока гестации, обращаемость за стоматологической помощью уменьшается. Беременные женщины до 20 лет и преимущественно перво

беременные в 54,8% случаев пациентов обратились за стоматологической помощью в первом триместре беременности. В остальных возрастных группах число обратившихся к стоматологу колебалось от 39,6% (30-35 лет) до 47,7% (25-30 лет). Во втором триместре по сравнению с первым, число обратившихся к стоматологу снизилось в 2,2 раза, среди беременных в возрасте до 20 лет, до 1,5 раза – 30 летних. В третьем триместре число обратившихся к специалисту не превысило 5%.

По нашему мнению, однозначно то, что выявление причин, интенсивности и активности кариеса, которое возрастет с увеличением срока беременности, может способствовать сокращению число случаев удаления зубов. Решение данного вопроса требует необходимости выделения прогностических маркеров, которые в процессе течения беременности ассоциированы с неблагоприятным течением стоматологического заболевания. Известным фактом является то, что к прогностическим маркерам можно отнести фактор окружающей среды, поведенческий или биологический фактор. От степени вовлеченности данных маркеров, зависит исход проводимого лечения. Среди беременных женщин, обратившихся на протяжении трех лет (2014-2016 гг.) за стоматологической помощью по поводу кариеса, первичный кариозный процесс наблюдался у (84,2 %) пациенток.

Оценка распространенности кариеса зубов, среди 292 беременных женщин за последние 3 года 2014 - 2016 гг., производилось на основе расчета на 100 человек. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности кариеса среди беременных женщин, показатели колебались от 93,6% - 2014 г до 97,9% в 2016 г. Следовательно, каждая девятая беременная женщина страдает кариесом.

В 2014 г. у беременных женщин в возрасте до 20 лет кариес регистрировался чаще чем в 2016 г. (96,8% и 92,5%) соответственно. И в других возрастных группах в 2016 г. женщины с анемией несколько реже болели кариесом, чем 2014 и 2015 гг. С увеличением возраста 30 лет и старше частота регистрации кариеса во все анализируемые годы была выше (97,4% -2014, 99,4% – 2015 и 99,8% – 2016).

В динамике наблюдения показатель индекса КПУ среди анализируемых групп имел выраженную тенденцию к снижению. Так, в 2014 г. и 2015 г. интенсивность кариеса составила $10,36 \pm 0,25$ и $10,43 \pm 0,28$, соответственно, тогда как в 2016 г. снизилось и составляло $9,97 \pm 0,33$ ($p < 0,05$). Выявленная тенденция снижения среднего индекса КПУ связано с позитивной тенденцией индекса КПУ у беременных возраст которых колебался от 25 до 35 лет. Среди женщин других возрастных групп показатель КПУ в процессе мониторинга статистически значимо не изменялся ($p > 0,05$).

Полученные результаты статистических данных о составных частях КПУ, характеризуют наличие достаточно значимых проблем в связанных со стоматологическим здоровьем беременных женщин. Результаты

научных исследований продемонстрировали, что частота индивидуальной потребности беременных женщин (БЖ) в санации колебалась от 2,42 (в 2016 г.) до 3,15 (в 2014 г.). Основными причинами, требующими вмешательства специалиста, были кариозные зубы и как следствие этого потребность в удалении от 0,40 (2016 г.) до 0,60 (2014 г.) по причине разрушения зубов. За 3 года мониторинга в составляющих компонентах КПУ свыше 56,8 % (60,5 % в 2016 г., 70,87 % в 2014 г.) были представлены кариесом («К»), удаленные («У») зубы. Установлен тот факт, что повышение части «П» в составе КПУ от 22,4 % в 2014 г. до 35,2 % в 2016 г. вероятно связано с расширением служб оказывающий стоматологическую помощь, что способствовало систематизации планового оздоровления ротовой полости.

Зачастую от срока постановки на учет беременной женщины, зависит ее исход, уровень и возможности оказания помощи врачом стоматологом. За последние три года число женщин, вставших на учет в центр репродуктивного здоровья для проведения антенатального наблюдения, в первом триместре имело четкую тенденцию к росту с 51,2 %, в 2014 г. до 73,8 % в 2016 г. соответственно показатель наблюдения у врача стоматолога также возрос ($p < 0,001$).

Анализ заболеваемости кариесом зубов по индекс КПУз имел статистически достоверную разницу роста ($P < 0,05$) с $0,24 \pm 0,02$ – 2014 до $0,34 \pm 0,01$ – 2016 г., такая же тенденция выявлена и с индексом КПУп $0,19 \pm 0,05$ – 2014 и $0,33 \pm 0,02$ – 2016. Показатели частоты рецидива и вторичных проявлений кариеса в пересчете на одну беременную женщину имела статистически достоверную разницу между годами, в 2014 ($0,26 \pm 0,04$), 2016 ($0,31 \pm 0,03$).

Динамика наблюдения за беременными женщинами у стоматолога при сроке гестации от 12 до 20 недель, не имело существенной разницы – 38,3 % - 41,1 % ($p < 0,001$). Динамическое трехлетнее (2014-2016 гг.) наблюдение стоматологом за беременными женщинами, после 20 недели, значительно уменьшилось - с 29,3% % в 2014 г. до 22,5% в 2016 г. ($p < 0,001$).

По причине раннего взятия на учет показатели заболеваемости кариесом имели тенденцию к росту. Одной из причин данного факта, на наш взгляд, является то, что более четверти (25,6%) женщины обратились за первичным осмотром к стоматологу после 20 недели гестации. Нельзя исключить и тот факт, что, часть кариозных поражений, выявленных у женщин при первичном обследовании, появились за время текущей беременности.

Анализ потребности беременных женщин в стоматологических услугах в пересчете на одну женщину показал, что за последние три года 2014 – 2016, практический не изменился. Так показатель кариеса подлежавшего лечению на одну женщины в 2014 – $3,03 \pm 0,02$, 2016 - $3,33 \pm 0,05$. Другой компонент КПУ, число удаленных зубов на одну беременную женщины за эти же сроки, также существенно не отличался

2014 - $0,49 \pm 0,044$, - 2016 - $0,43 \pm 0,044$, статистического различия не выявлено.

Распределение беременных женщин по степени тяжести ЖДА не производилось. Проведенный анализ показал, что интенсивность кариеса с учетом триместра беременности практически не отличается. Кариесом низкой интенсивности, страдали каждая 4 (25,1%) беременная женщина, с увеличением срока беременности частота кариеса данной интенсивности снижается до (14,4%). Кариесом средней интенсивности страдали более половины обследованных беременных женщин. Во втором триместре выявлен некоторый рост до 2/3 (62,5%) числа больных страдающих кариесом средней интенсивности. Однако, необходимо отметить тот факт, что в III триместре по сравнению с I и II триместрами число беременных женщин с высокой интенсивностью кариеса возрастало до 30,4%, по сравнению с 21,7% и 22,9% в I и во втором триместрах соответственно. По нашему мнению выявленный факт связан со снижением частоты низкой интенсивности кариеса.

озрастание срока беременности провоцируют прогрессирование пародонтопатии, с завершением беременности клиническая картина улучшается. Беря во внимание тот факт, что беременность сама относится к особой ситуации женского организма востребованность в стоматологической помощи в данной ситуации определены несколькими моментами:

- потребностью плановой санации полости рта направленное на укрепление и сохранение здоровья матери и как следствие этого содействовать наиболее оптимальным условиям для развития плода;
- повышенная потребность в стоматологических услугах, по причине специфических изменений возникающих при беременности в ротовой полости женщин;
- повышенная вероятность активизации инфекционных агентов в хронических одонтогенных очагах инфекции.

Возникающие изменения в составе ротовой жидкости при беременности провоцируют изменения состояния твердой тканей зубов и пародонта причиной которого за частую является неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

С целью проведения анализа частоты изменения структурных компонентов индекса СРITN, под нашим наблюдением находились 56 женщин, из них – 24 (42,8%) не страдали анемией у 32 (57,1%) женщин имело место анемия. Результаты исследования показали, что поражение пародонта на фоне нормальной беременности в 2,1 раз выше, чем у этих же женщин вне беременности, в то время при осложнении беременности ЖДА – разница возрастает в 3,4 раза, чем до беременности различия статистически достоверны ($P < 0,001$). Распространенность кариеса зубов как у женщин с нормальной беременностью и с ЖДА практически не отличается и составляет 97,3% - 100%. Анализ частоты кариеса у беременных с физиологическим течением показал, что в 1,66 раз выше, чем до беременности. При

патологическом течении беременности с токсикозами интенсивность кариеса зубов в 2,0 раза выше, чем до беременности. Необходимо отметить то, что беременность сама по себе способствует повышению пораженности твердых тканей зубов, и как следствие этого усугублению течения патологического процесса тканей пародонта, особенно если беременность усугубляется экстрагенитальной патологией.

В настоящее время, по данным статистики, среди беременных женщин распространенность стоматологических заболеваний остается высокой имея тенденцию к изменению в зависимости от региона проживания, где в структуре стоматологических заболеваний превалирует кариес, данный факт подтверждается и нашими исследованиями, распространенность кариеса составляет более 92,4%. На наш взгляд, одной из основных причин, является, низкая санитарная культура молодых женщин, относящихся к профилактике заболеваний зубов, соблюдение гигиены полости рта. Все это зачастую влечет за собой предвзятое отношение, к терапевтической стоматологической помощи в гестационном периоде и отказом от лечения кариеса. Зачастую на местах отсутствует система стоматологического мониторинга беременных женщин.

Подтверждением сказанному является то, что в процессе стоматологического осмотра были выявлены такие аномалии, как: отсутствие резцов, клыков и премоляров как на верхней и нижней челюстях (23,4%), скученность в резцовых сегментах (65,6%), патология соотношения моляров (33,32%). Каждая 15 женщина нуждалась в проведении ортодонтического лечения. Принимая во внимание мнение О.Э. Хидирбегишвили (2006) появление кариозного процесса на границе поставленной пломбы, может констатировать наличие рецидива кариеса. Возможным фактором появления вторичного кариозного процесса, является некачественное лечение и пломбирование полости, как следствие допущение дефектов препаровки зубов, не исключается также вероятность усадки пломбировочного материала.

Анализ данных о глубине поражения кариеса у беременных женщин с анемией и без нее, показало, что среди женщин страдающих анемией первичный кариес, по сравнению с женщинами, беременность которых протекает без анемии, регистрируется чаще 10% и 12,6% соответственно. Наиболее показательная разница выявлена среди обследованных групп женщин по наличию глубокого кариеса. Под понятием «глубокий кариес», мы ориентировались не столько на абсолютную глубину поражения зуба кариесом, в частности имели в виду (расстояние от поверхности зуба до дна кариозной полости), сколько глубина полости от дна кариозной полости до пульпы, ориентировочным критерием было наличие и степень выраженности синдрома боли. Проведя сравнительный анализ среди беременных женщин обеих групп, установлено, что глубокий кариес у беременных женщин с анемией (39,3%) по сравнению с женщинами без анемии (13,3%) почти в 3 раза встре-

чается чаще выявленная разница статистически достоверно ($P < 0,001$).

Такая же динамика выявлена и по другим проявлениям, характеризующим глубину кариозного процесса. В частности рецидивный и вторичный кариес у беременных женщин не страдающих ЖДА, более чем в 1,5 раза реже регистрируется по сравнению с женщинами беременность которых протекает на фоне анемии, рецидивный – 20,0% и 34,6%; вторичный кариес 6,6% и 13,3% соответственно ($P < 0,05$).

При оценке степени интенсивности кариеса, нами были использованы рекомендации ВОЗ (1981): 0-1,5 - очень низкая интенсивность; 1,6-6,2 - низкая; 6,3-12,7 - средняя; 12,8-16,2 - высокая; более 16,2 - очень высокая.

На интенсивность кариозного процесса существенное влияние оказывают очаги инфекции локализованные в ротовой полости, которые за частую носят скрытый характер. Сама беременность способствует снижению сопротивляемости организма женщины. Если беременность осложнилось экстрагенитальной патологией в частности ЖДА, возникающие изменения реактивности, способствуют активизации местного воспалительного процесса, что в свою очередь приводит к возникновению серьезных осложнений. Распределяя интенсивность воспалительной реакции по триместрам беременности, надо отметить то, что наиболее выражено данный процесс протекает в тканях пародонта во II триместре беременности, хотя пик роста кариесогенного процесса приходится на III триместр. Результаты проведенных нами исследований дают возможность констатировать тот факт, что увеличение поражения твердых тканей зубов и наиболее тяжелое течение патологии тканей пародонта при беременности является следствием тяжелой патологии.

Выводы

Нами установлено, что на ранних сроках беременности начинается процесс по изменению состояния твердых тканей зубов и пародонта. На фоне нормально протекающей беременности частота регистрации кариеса зубов составляет более 91%, тогда как патология тканей пародонта регистрируется до 90% случаев. Пораженность ранее интактных зубов – у беременных женщин с анемией возрастает до 95,6%. В тоже время гингивиты беременных выявляются у половины беременных с нормально протекающей беременностью. По мере увеличения гестационного срока патологический процесс начинает прогрессировать и, в большинстве случаев, протекает по типу диффузного катарального или гипертрофического гингивита. Возникающая ситуация требует необходимости в организации и проведения превентивных мероприятий на протяжении всего срока беременности.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал принимает к публикации оригинальные сообщения по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения, содержащие новые существенные научные результаты, имеющие приоритетный характер.

Памятка автора

Правила оформления рукописей:

I. Статья представляется в 2 экземплярах на узбекском или русском языке с сопроводительным письмом, экспертным заключением и рефератами (10-15 строк) на узбекском, русском и английском языках. Статья должна иметь визу вышестоящего лица на право опубликования, заверенную круглой печатью, и сопроводительное письмо за подписью вышестоящего лица. Если статья выполнена в двух и более учреждениях, она должна иметь направления из каждого. Если один из авторов является директором НИИ, ректором учебного заведения или главным врачом лечебного учреждения, необходимо направление Минздрава.

Акт экспертизы должен быть заверен печатью. Рядом с подписями обязательно указываются фамилии.

II. Статья должна быть набрана на компьютере и представлена с дискетой (шрифт 14, расстояние между строками 1,5). Поля сверху, снизу и слева – 20 мм, справа – 10 мм.

Представленные на дискетах статьи должны быть набраны на компьютере в программе Microsoft Word for Windows 95/98.

III. На титульной странице указываются:

- полное название статьи;
- ключевые слова;
- ученая степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- название учреждения, в котором выполнена работа;
- телефоны автора, с которым следует вести редакционную работу.

Статья обязательно должна иметь визу руководителя работы на право ее опубликования. В конце статьи ставятся подписи всех авторов.

IV. Структура статьи. Статья должна содержать следующие разделы:

- вводная часть;
- материалы и методы;
- результаты;
- обсуждение;
- выводы;
- литература.

Каждый раздел статьи (кроме вводной) следует выделить.

Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

Слова, которые, по мнению автора, должны быть выделены, подчеркиваются в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом упоминании.

Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ). При необходимости в скобках после единиц измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

V. Оформление иллюстраций. Рисунки должны быть выполнены черной тушью, фотографии, эхограммы, доплерограммы, рентгенограммы – контрастны. На обороте каждой иллюстрации карандашом указывается верх и низ, номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельной странице с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается метод окраски, увеличение окуляра и объектива.

VI. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через 2 интервала. Все таблицы должны иметь название и при необходимости – подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные – двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся синим цветом, греческие – красным);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

VIII. Оформление литературы. В библиографию вносятся работы всех упомянутых авторов (но не более 10 работ, опубликованных только за последние 10 лет). Список литературы составляется в соответствии с библиографическими правилами и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора.

В списке обязательно должны быть приведены: по книгам – фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам – фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер, страницы – от и до. В список не включаются неопубликованные работы, диссертационные работы и авторефераты к ним, учебники.

Проверенный список литературы должен быть подписан автором. Невыверенный список литературы к публикации не допускается.

В тексте ссылки на библиографические указатели обозначаются цифрами согласно списку использованной литературы.

IX. Статьи, оформленные без соблюдения данных правил, редакцией не принимаются.

X. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов (в том числе и получивших положительную рецензию).